

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНЫМ СЛАДЖЕМ

*Гирса В.Н., Немцов Л.М., Поплавец Е.В.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Термином "билиарный сладж" (БС) в настоящее время обозначают любую неоднородность желчи, выявляемую при эхографическом исследовании. Считают, что желчные конкременты могут формироваться в результате дальнейшей агрегации преципитатов сладжа, а БС является необходимым предшественником холелитиаза. По данным скрининговых обследований частота БС не превышает 1,7–4% среди взрослого населения [1]. У лиц, имеющих жалобы со стороны органов желудочно-кишечного тракта, БС встречается в 7-10%, а при различной билиарной патологии частота БС достигает 40%. Течение БС может привести к осложнениям (в 15-75% случаев), таким как желчная колика, панкреатит, стеноз сфинктера Одди, «акалькулезный» холецистит, «отключенный желчный пузырь», холангит [1, 2].

Цель. Уточнить особенности клинических проявлений у пациентов с билиарным сладжем и оценить возможности их применения в диагностическом процессе.

Материалы и методы. Обследовано 473 пациента (265 женщин и 208 мужчины) в возрасте от 15 до 68 лет (средний возраст – $38,63 \pm 12,38$ лет), обратившихся за медицинской помощью по поводу боли либо дискомфорта в верхнем правом квадранте живота. В исследование не включали пациентов с острой хирургической патологией, состоянием после холецистэктомии, острыми вирусными гепатитами. Контрольную группу составили 54 практически здоровых человека (24 мужчины и 30 женщин) в возрасте от 19 до 58 лет (в среднем – $35,31 \pm 11,55$ года).

Все больные прошли обследование, которое включало общий и биохимический анализ крови, исследование на маркеры вирусных гепатитов (В, С), фиброгастроуденоскопию (ФГДС), трансабдоминальную эхографию гепатопанкреатодуоденальной зоны (УЗИ).

Диагностика БС осуществлялась во время эхографии на основании обнаружения в просвете желчного пузыря: (1) взвеси гиперэхогенных частиц менее 2 мм в размере (микролитиаза), смешивающейся при изменении положения тела; (2) эхонеоднородной желчи со сгустками – единичными или

множественными участками повышенной эхогенности, имеющими четкие или размытые контуры, смещающимися, без акустической тени и, как правило, расположенными по задней стенке желчного пузыря; (3) замаскообразной желчи – эхонеоднородной желчи с участками, приближающимися по эхогенности к паренхиме печени, смещающимися или фиксированными к стенке желчного пузыря, с четким контуром, не дающими акустическую тень, или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком [1, 2].

В некоторых случаях проводили МФДЗ для забора пузырной желчи (порция В) у больных с клиническими признаками функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди (Римские критерии-III, 2006) при эхонегативном (по данным УЗИ) содержимом желчного пузыря. Основанием для диагностики БС считали обнаружение более 2 кристаллов в поле зрения при 100-кратном увеличении или более 4 кристаллов в пробе пузырной желчи [1] Оценка диагностической эффективности выявления БС на основе оценки клинической симптоматики проводилась с помощью четырехпольных таблиц.

Результаты и обсуждение. По данным оценки субъективной клинической симптоматики предварительный диагноз «функциональное расстройство желчного пузыря и СО» был установлен в 384 случаях (81,18% от общего числа обследованных пациентов, 95% ДИ 77,53-84,58). В 89 случаях (18,82%, 95% ДИ 15,42-22,47) субъективная клиническая симптоматика была расценена как признаки синдрома билиарной диспепсии. Предварительный диагноз «функциональное расстройство желчного пузыря и СО» в 177 случаях (46,09%, 95%ДИ 41,12-51,11) не подтвердился данными объективного и лабораторно-инструментального обследования, в том числе: в 57 случаях (14,84%, 95%ДИ 11,46-18,58) была выявлена желчнокаменная болезнь, в 86 случаях (22,40%, 95%ДИ 18,36-26,71) – хронический некалькулезный холецистит, в 8 случаях (2,08%, 95%ДИ 0,89-3,76) – холестероз желчного пузыря, в 26 случаях (6,77%, 95%ДИ 4,47-9,51) – другие заболевания органов пищеварения.

По данным эхографии БС был выявлен у 90 пациентов с субъективными критериями функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (23,44%, 95%ДИ 19,33-27,81), и у 14 пациентов с синдромом билиарной диспепсии (15,73%, 95%ДИ 8,88-24,10). В том числе, БС обнаружен в возрасте до 30 лет в 38,3% случаев, свыше 30 до 50 лет – в 42,2%, свыше 50 лет – в 19,5% БС чаще выявлен у пациентов женского пола – 61,2%, чем у мужчин – 38,2%.

В целом, у обследованных пациентов с БС синдром функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (субъективные клинические критерии III Римского консенсуса, 2006) выявлен в 85,71% случаев (95%ДИ 78,32-91,78), синдром билиарной диспепсии – в 13,33% случаев (95%ДИ 7,48-20,56). При билиарной патологии, наиболее часто билиарный сладж был обнаружен при эхографии у пациентов с желчнокаменной болезнью – 30,69% (95%ДИ 22,02 – 40,11), реже при функциональных расстройствах ЖП и СО – 17,39% (95%ДИ 12,52-22,88), хроническом некалькулезном холецистите – 16,10% (95%ДИ 10,00-23,33).

БС сочетался с другими заболеваниями органов пищеварения: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка – 25 больных (28,1%), хронический гастрит и дуоденит – 21 больной (23,6%), хронический панкреатит – 9 больных (10,1%), хронические диффузные заболевания печени – 8 больных (9,0%), гастроэзофагельная рефлюксная болезнь – 8 больных (9,0%), заболевания

кишечника – 6 больных (6,7%).

По данным микроскопии пузырной желчи "В", полученной при МФДЗ, у обследованных пациентов БС выявлен в 74 случаях (62,71%, 95% ДИ 53,73-71,27), в том числе, у пациентов с субъективными критериями функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди в 64 случаях (68,09%, 95%ДИ 58,23-77,19), что статистически значимо чаще, чем у пациентов с симптомами билиарной диспепсии – 10 случаев (41,67%, 95%ДИ 22,19-62,60), и чем у обследованных лиц из контрольной группы - 1 случай (10,0%, 95% ДИ с поправкой Йетса 7,74-12,26).

Установлена клиническая значимость субъективных критериев функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди для обнаружения БС (чувствительность – 85,33%, специфичность- 43,40%).

Выводы. Характерными клиническими особенностями пациентов с билиарным сладжем являются принадлежность к женскому полу (61,2%), возраст свыше 30 лет (61,7%), наличие субъективных клинических признаков функционального расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (85,7%), сочетание с холелитиазом (30,7%), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка (28,1%), хроническим гастритом и дуоденитом (23,6%). В качестве скринингового метода диагностики билиарного сладжа рекомендуется оценка субъективных клинических признаков синдрома функционального расстройства в соответствии с критериями III Римского консенсуса (2006).

Литература:

- 1 Ko, C.W. Biliary sludge/ C W Ko, J H. Sekijima, S P Lee // Annals of Internal medicine. - 1999 - Vol 130, №4 - P. 301-311
- 2 Ильченко, И И Клинические аспекты билиарного сладжа / И И. Ильченко, О В Делюкина // Consilium medicum. - 2007 - Т 9, №7. - С. 23-32.